

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1939

THÈSE

N° .....

271

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri ELBAZ

Né le 24 Septembre 1912, à ORAN (Oran)

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU LITHOPÆDION

---

*Président : M. MOCQUOT, Professeur*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1939

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Henri ELBAZ**

Né le 24 Septembre 1912, à ORAN (Oran)

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU LITHOPÆDION

---

*Président : M. MOCQUOT, Professeur*

---

PARIS

**VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS**

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Anatomie .....                                                      |  |
| Physiologie .....                                                   |  |
| Physique médicale .....                                             |  |
| Chimie médicale .....                                               |  |
| Bactériologie .....                                                 |  |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  |  |
| Pathologie médicale et générale .....                               |  |
| Pathologie médicale .....                                           |  |
| Pathologie chirurgicale .....                                       |  |
| Anatomie pathologique .....                                         |  |
| Histologie .....                                                    |  |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             |  |
| Thérapeutique .....                                                 |  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                |  |
| Médecine légale .....                                               |  |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    |  |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          |  |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      |  |
| Clinique médicale .....                                             |  |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    |  |
| Clinique des maladies des enfants .....                             |  |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... |  |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               |  |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      |  |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            |  |
| Clinique chirurgicale .....                                         |  |
| Clinique ophtalmologique .....                                      |  |
| Clinique urologique .....                                           |  |
| Clinique d'accouchements .....                                      |  |
| Clinique gynécologique .....                                        |  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 |  |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               |  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             |  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           |  |
| Clinique propédeutique .....                                        |  |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    |  |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                |  |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   |  |
| Clinique cardiologie .....                                          |  |
| Assistance médico-sociale .....                                     |  |
| Professeurs sans chaire .....                                       |  |

|                 |
|-----------------|
| MM.             |
| ROUVIERE.       |
| Léon BINEI.     |
| STROHL.         |
| POLONOVSKI.     |
| Robert DEBRE.   |
| BRUMPT.         |
| BAUDOUIN.       |
| ADRAMI.         |
| MONDOR.         |
| LEROUX.         |
| CHAMPY.         |
| TIFFENEAU       |
| HARVIER.        |
| TANON.          |
| BALTHAZARD      |
| LAIGNEL-        |
| LAVASTINE       |
| FIESSINGER.     |
| CHIRAY.         |
| LOEPER.         |
| CARNOT.         |
| Marcel LABBE    |
| CLERC.          |
| LEREBOULLET     |
| NOBECOURT       |
| H. CLAUDE.      |
| GOUGEROT.       |
| GUILLAIN.       |
| LEMIERRE.       |
| CUNEO.          |
| GOSSET.         |
| GREGOIRE.       |
| LENORMANT       |
| TERRIEN.        |
| CHEVASSU.       |
| LEVY-SOLAL.     |
| COUVELAIRE.     |
| JEANNIN.        |
| MOCQUOT.        |
| OMBREDANNE      |
| RATHERY.        |
| LEMAITRE.       |
| Pierre DUVAL    |
| VILLARET.       |
| TROISIER .....  |
| MATHIEU.        |
| Clovis VINCENT. |
| LAUBRY.         |
| N...            |
| HAZARD.         |
| HOVELACQUE      |
| MULON.          |
| OLIVIER.        |
| SANNIE.         |
| VERNE.          |



II. — Agrégés en exercice

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| MM.            |                          |
| AMELINE .....  | Pathologie chirurgicale. |
| BARIETY .....  | Pathologie médicale.     |
| FENARD Henri   | Pathologie médicale.     |
| BERNARD EL.    | Pathologie médicale.     |
| BESANÇON (J.). | Hydrologie.              |
| BOULIN .....   | Pathologie médicale.     |
| BULLIARD ..... | Histologie.              |
| CATHALA .....  | Pathologie médicale.     |
| COSTE .....    | Pathologie médicale.     |
| CHEVALLIER ..  | Pathologie médicale.     |
| DOGNON .....   | Physique                 |
| FUNCK .....    |                          |
| BENTANO .....  | Pathologie chirurgicale. |
| FEY .....      | Urologie.                |
| GAILLARD ..... | Parasitologie.           |
| GASTINEL ....  | Bactériologie.           |

|               |                         |
|---------------|-------------------------|
| MM.           |                         |
| DE GAUDART    |                         |
| D'ALLAINES .. | Pathologie chirurgicale |
| GAYET .....   | Physiologie.            |
| DE GENNES ... | Pathologie médicale.    |
| GIROUD .....  | Histologie.             |
| HAGUENAU ...  | Pathologie médicale.    |
| HALPHEN ..... | Oto-rhino-laryngologie  |
| HUGUENIN .... | Anatomie pathologique   |
| JOANNON ..... | Hygiène.                |
| LACOMME ..... | Obstétrique.            |
| LANTUEJOL ..  | Obstétrique.            |
| LAROCHE Guy.  | Pathologie médicale     |
| LAVIER .....  | Parasitologie.          |
| LELONG .....  | Pathologie médicale.    |

LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 LEVY (M<sup>lle</sup> J.) .. Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET .... Pathologie médicale.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PETIT-  
     DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.  
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RENARD..... Ophtalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.  
 ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-  
     BERT Physiologie.  
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.  
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale  
 NEVEU-  
     LEMAIRE.. Parasitologie.  
 LE LORIER ... Obstétrique.  
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale  
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.  
 ALAJOUANINE..  
 AUBERTIN ....  
 BRULE .....  
 CPABROL ....  
 DONZELOT ...  
 DUVOIR .....  
 LIAN .....  
 PASTEUR- VAL-  
     LERY-RADOT..  
 SEZARY .....  
     } Clinique médicale

MM.  
 BASSET .....  
 BROcq .....  
 CADENAT ....  
 GATELLIER ...  
 MOURE .....  
 QUENU .....  
 VELTER .....  
     } Clinique chirurgicale  
 ECALLE .....  
 METZGER ...  
     } Clinique obstétricale

### V. — Chargés de cours

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.  
 LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.  
 RUPPE ..... Stomatologie.  
 WEILL-HALLE ..... Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde  
affection

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT  
*Professeur à la Faculté de Médecine de Paris*  
*Chirurgien de l'Hôpital Broca*  
*Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OKINCZYC  
*Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut*

Qui nous a inspiré le sujet de  
cette thèse.

En témoignage de notre vive re-  
connaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX  
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU LITHOPÆDION

---

## INTRODUCTION

Un cas de lithopædion observé dans le service de M. OKINCZYK, à l'Hôpital Boucicaut, nous a fourni le sujet de ce présent travail.

Les cas de lithopædion sont exceptionnels et à ce titre déjà il nous a paru intéressant de publier cette observation. Puis, à l'occasion de cette observation, nous avons recherché dans la littérature médicale tant française qu'étrangère les cas qui auraient fait l'objet d'une publication.

Nous avons retrouvé des faits d'observation assez anciens qui ont été simplement mentionnés dans diverses revues d'obstétrique ou de chirurgie, et d'autres d'observations plus récentes qui ont prêté à certaines discussions. La confrontation de tous ces cas nous a permis alors d'opérer une étude d'ensemble d'où nous avons pu retirer les quelques conclusions d'ordre pratique et général qui s'imposaient, et d'apporter par là-même une contribution destinée à mieux situer la question du lithopædion.

C'est ce qui fera l'objet de notre travail.



## CHAPITRE PREMIER

Avant d'aborder notre travail, nous allons dans ce premier chapitre étudier rapidement ce qu'est un lithopœdion.

### Définition

Qu'est-ce qu'un lithopœdion ? Un lithopœdion est un fœtus calcifié. Cette simple définition nous fait déjà augurer de sa rareté et il semble même que les faits d'observation à l'avenir, prendront un caractère absolument exceptionnel.

### Constitution

Le lithopœdion n'est que le produit de la calcification du fœtus retenu mort pendant de longues années. Or un fœtus ne peut être retenu mort qu'au cours d'une grossesse ectopique ou plus généralement extra-utérine, c'est-à-dire lorsqu'au cours d'une gestation l'œuf se développe en dehors de la cavité utérine.

Ces cas de gestation anormale sont relativement rares et cela tient à ce que le plus grand nombre de ces gestations extra-utérines ont une terminaison précoce et ce n'est que très rarement qu'elles évoluent jusqu'au voisinage ou même jusqu'au terme.

Au début, aucun phénomène particulier ne nous fait penser chez une femme en état de grossesse à une gestation anormale. En effet, nous allons assister comme au cours d'une gestation normale à toutes les modifications de l'organisme qui accompagnent une grossesse.

En particulier l'utérus augmente de volume, il s'hypertrophie, il se vascularise. Il se produit dans la cavité utérine une caduque analogue à celles des gestations utérines. Si cette grossesse n'est pas interrompue précocement par un accident plus ou moins dramatique, et continue son évolution jusqu'au voisinage ou même jusqu'au terme, il va se produire un faux travail au cours duquel peut se détacher cette caduque et être expulsée. Il y a des contractions utérines douloureuses et vaines, un début de dilatation utérine, des pertes de glaires et de sang, une expulsion de caduque.

Au bout de quelques heures et parfois même de quelques jours tous ces phénomènes cessent, le fœtus ne pouvant être expulsé meurt.

Si alors le diagnostic n'est pas fait ou si on n'intervient pas chirurgicalement il est retenu mort.

### Causes de la mort du fœtus.

Il semble que celle-ci résulte d'un ensemble de facteurs combinés, assez complexes. Le placenta est de mauvaise qualité, car il est mal nourri. Plus tard il devient insuffisant pour le développement du fœtus. Les échanges qui vont en croissant rapidement pour les besoins du fœtus ne sont plus suffisants, car le placenta se trouve greffé sur des organes qui ne sont nullement destinés à le recevoir, à le nourrir.

Le placenta ne suffit plus à l'hématose.

La mort du fœtus peut encore se faire par fissuration du sac par décollement du placenta.

Quoi qu'il en soit, le fœtus étant mort, il va se trouver retenu, ne pouvant être expulsé par les voies naturelles.

### Rétention du fœtus mort.

Donc l'œuf retenu, que devient-il par la suite ?

La rétention peut durer de bien longues années sans accident (Sappey a rapporté un cas de rétention ayant duré cinquante-six ans), mais il semble que le plus souvent il y a des accidents au bout de quelques mois, quelques années. Le fœtus mort et retenu va commencer par s'enkyster, le liquide amniotique disparaît, la circulation du kyste se restreint, les vaisseaux s'affaissent, la poche se réduit.

Le fœtus subit alors des altérations diverses. Il peut être retenu un an, deux ans, et quand on le retire il présente l'aspect et la couleur d'un cadavre normal d'un enfant qui vient de mourir.

Suivant l'âge de la gestation il peut se momifier, se macérer, se ratatiner.

Quand il est alors retenu longtemps dans la cavité abdominale, il se recouvre de dépôts de chaux par infiltration calcaire et donne ainsi lieu à un lithopœdion.

D'ailleurs, selon Kychenmeister, il faut distinguer trois catégories d'infiltration calcaire.

1° *le lithonélyphos*

où la paroi du sac seule est infiltrée;

2° *le lithokélyphopœdion*

où il y a infiltration du sac et du fœtus;

3° *le lithopœdion,*

le fœtus est totalement calcifié.

C'est le cas le plus fréquent.

Enfin les parties molles du fœtus peuvent se résorber. C'est alors la squelettification.

Il est évident que le diagnostic de rétention fœtale devient très difficile à faire au bout de quelque temps; parfois même impossible dans les formes très anciennes surtout, où, seule, l'intervention permet alors d'en faire le diagnostic.

En effet le fœtus mort est toléré par l'organisme plus ou moins longtemps d'une part. D'autre part, environ deux mois après la mort du fœtus on voit les règles se rétablir normalement, ce qui n'incite guère la femme à consulter et qui va même jusqu'à oublier son épisode de faux travail, pensant que tout est rentré dans l'ordre, car ses règles ont réapparu et ne souffrant d'aucun trouble quelconque.

On a même vu, dans certains cas, des femmes avoir jusqu'à trois et quatre enfants vivants tout en conservant un lithopœdion dans l'abdomen (Gudden).

Ainsi donc, par l'exposé de ces généralités, nous venons de voir comment se constitue le lithopœdion et tout de suite apparaît l'intérêt qu'il présente du fait :

*a) de sa rareté.*

En effet ce n'est qu'exceptionnellement qu'un fœtus peut, au cours d'une grossesse ectopique, évoluer jusqu'au terme, être retenu de longues années sans aucune complication pour arriver au stade du lithopœdion;

*b) de la difficulté du diagnostic qu'il va soulever lorsqu'il est constitué.*

En effet le diagnostic dans ces cas très anciens est impossible à établir et n'est fait le plus souvent qu'après intervention chirurgicale.



## CHAPITRE II

### OBSERVATIONS

Nous allons maintenant, dans ce deuxième chapitre, exposer les observations que nous avons pu recueillir et qui nous ont paru susceptibles d'être rapportées ici pour tout l'intérêt qu'elles présentent et surtout par les conclusions qui s'en dégagent.

Et tout d'abord voici l'observation prise dans le service de M. OKINCZYC à l'Hôpital Boucicaut, et qui nous a inspiré ce travail :

#### OBSERVATION I

La nommée Dequenne, âgée de 67 ans, sans profession, est amenée le 16 janvier 1938 à l'hôpital pour violente hémorragie.

Elle présentait déjà, depuis un mois environ, exactement le 10 décembre 1937, de petites pertes sanguines, mais légèrement aqueuses, peu abondantes d'ailleurs, mais continues et spontanées.

Cette malade n'était plus réglée depuis l'âge de

57 ans. Hors ces pertes de sang la malade ne présentait aucun trouble particulier, aucun symptôme douloureux. Elle a cependant présenté quelques pertes blanches au mois de novembre 1937.

L'hémorragie du 16 janvier qui a fait admettre la malade d'urgence dans le service, avait débuté par une petite hémorragie le matin du 15 janvier, puis est devenue brutale et abondante dans la nuit du dimanche au lundi. Le sang était rouge.

*Antécédents :* La malade a eu, à l'âge de 20 ans, une métrite. Elle fut soignée à l'Hôpital Beaujon et en ressortit guérie.

Elle a présenté d'autre part des troubles rhumatismaux et le cœur a été touché.

À l'âge de 34 ans elle aurait présenté une « grossesse nerveuse », à Lille. Elle aurait alors fait une albuminurie massive de l'ordre de 25 pour 1.000.

*Examen :* L'abdomen est flasque et légèrement augmenté de volume. On peut y voir de nombreuses vergetures. Il est sonore à la percussion.

Le toucher vaginal ramène du sang. Le col de l'utérus est refoulé derrière la symphyse. Derrière le col faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur une masse très dure, légèrement mobile, est décelée par le palper bimanuel. La main abdominale perçoit un corps utérin augmenté de volume, qui paraît bosselé et dont les bosselures sont dures. Le col est resté souple.

*Appareil cardiovasculaire.*

A l'auscultation le cœur présente de la tachycardie et de l'arythmie. D'autre part on constate un double souffle de la base.

Le pouls bat à 92.

La tension artérielle au Vaguez est de 19-8,5.

Temps de coagulation : 4 minutes.

Temps de saignement : 4 minutes 30 secondes.

*Appareil pulmonaire* : normal.

*Appareil digestif* : rien de particulier.

Foie et rate normaux.

La malade<sup>1</sup> aurait été constipée pendant deux à trois jours.

La température est normale.

*Diagnostic* : L'ensemble de l'examen fait porter le diagnostic d'utérus fibromateux.

*Intervention le 22 janvier :*

— Laparotomie médiane sous-ombilicale.

— Utérus fibromateux avec masse très dure à droite, difficile à identifier.

— Libération des adhérences au rectum en arrière.

— Section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds.

— Repérage des uretères.

— Décollation antérieure, pinces sur les utérines.

— Ablation de la tumeur.

— Fermeture du col évidé.

— Ligature et péritonisation à l'aide du côlon pelvien.

— Drain.

— A signaler un gros diverticule de Meckel. La pièce est portée au Laboratoire.

*Examen de laboratoire* : 22 janvier 1938.

*Recherches à effectuer* : Examiner l'utérus et la tumeur calcifiée de l'organe.

L'utérus est occupé par un nombre élevé de myomes de différentes tailles. L'un de ces myomes bombait et déformait très fortement la cavité utérine qui était remplie de sang. Histologiquement ces myomes rentrent dans le cadre des banalités.

Il n'en est pas de même de la muqueuse utérine qui faisait face au myome. Cette muqueuse est en transformation cancéreuse manifeste; il n'y a plus de tubes normaux, mais des pseudotubes glandulaires tapissées par des cellules cylindriques formant des herborisations parfois assez élevées. Ces cellules sont assez fortement chromatophiles et fréquemment en mitoses désordonnées; elles ont tendance, par place, à se stratifier et à devenir atypiques. Ces formations commencent à envahir le myomètre.

La tumeur calcifiée de l'ovaire après sectionnement montre un fœtus bien reconnaissable à son squelette et même à certains organes. C'est un lithopœdion.

(En même temps que cette observation voici la feuille de température prise dans le service.)

Après ce premier examen de laboratoire de la pièce qui fait état de l'étude histologique principalement, de l'utérus fibromateux, le laboratoire Maurice Letulle, de l'Hôpital Boucicaut, s'est alors chargé de

l'étude anatomopathologique de la tumeur calcifiée elle-même.

Cet examen a été pratiqué le 20 juillet 1938 par le Docteur Huard, et voici son rapport. Il nous a également été fourni par ce laboratoire un cliché de la pièce que nous reproduisons.

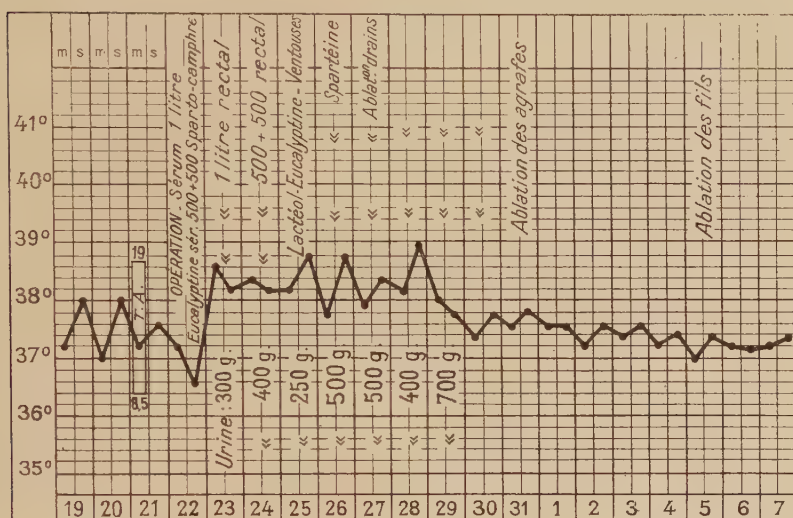


FIG. 1. — Feuille de température.

Urée sanguine 0,40  
 Temps de coagulation 4'  
 Temps de saignement 4' 1/2



FIG. 2. — *a*) fragments osseux enfouis dans les tissus mortifiés ; *b*) deux fémurs bien fermés ; *c*) trompe sectionnée par le chirurgien ; *d*) coque d'enveloppe ossifiée et calcifiée ; *e*) régions occupées par des tissus mous en voie de lyse.

### Examen anatomo-pathologique

La masse tumorale extirpée, remise au laboratoire, non ouverte, pèse 305 grammes ; elle affecte la forme d'une poire mesurant, dans sa plus grande longueur, 12 cm. environ. Son plus grand diamètre est de 5 cm.  $1\frac{1}{2}$ .

La surface de la masse est polie, blanchâtre dans des régions, bossuée avec quelques adhérences celluluses superficielles. A son pôle le plus petit, on reconnaît la trompe sectionnée transversalement par le chirurgien. L'ouverture de cette masse tumorale n'a pu être pratiquée qu'à la scie. Après ouverture on reconnaît qu'elle est, dans presque toute son étendue, entourée par une sorte de coque dure calcifiée, d'épaisseur inégale, pouvant atteindre par places 1 à 2 millimètres. Le contenu limité par cette coque est intimement adhérent à ses parois. Un examen attentif permet de reconnaître que ce contenu est formé de tissus de différents ordres. Certains de ces tissus sont mous, friables, d'autres sont ligneux, ils donnent à penser à une gangue conjonctivo-musculaire ou à de la peau. Enfin, inclus dans cette matière, on reconnaît nettement des os de différentes formes et de différentes grosseurs et longueurs : deux fémurs apparaissent, très bien constitués, avec leur surface articulaire très nette; ils mesurent près de 5 centimètres de longueur. On reconnaît également des tibias, des

vertèbres, des côtes, des débris plus volumineux, plus densifiés, pouvant appartenir à une boîte crânienne ou à un bassin. Aucun doute ne peut donc subsister, il s'agit bien d'un fœtus, muré de toutes parts par une coque calcifiée.

Différents fragments ont été prélevés pour l'étude histologique; malheureusement certains de ces tissus sont lysés, illisibles; on peut cependant reconnaître : des *fibres musculaires striées* disposées en faisceaux de différentes tailles, le noyau de ces cellules musculaires ne se colore plus, mais les stries transversales et longitudinales sont très nettes. *De la peau*, dont la couche épidermique est détruite. Le derme est bien reconnaissable à ses fibres conjonctives, il contient des glandes sébacées, des glandes sudoripares, des bulbes pileux reconnaissables à leur disposition et à leur forme, les noyaux étant invisibles. L'hypoderme est bien dessiné par la conservation de ses cellules adipeuses. On y trouve quelques petits filets nerveux.

Les coupes pratiquées sur l'enveloppe de la masse n'ont pu être faites qu'après décalcification, elles la montrent formée par une gangue conjonctive très densifiée qui était infiltrée de sels calcaires, cette gangue se mélange à sa face interne, à des travées osseuses occupées par un certain nombre d'ostéoblastes bien vivants. Ces travées osseuses limitant des cavités médullaires dans lesquelles on reconnaît des cellules adipeuses, du tissu conjonctif un peu mou, lâche, des vaisseaux contenant des globules rouges;

ces tissus sont assez riches en noyaux bien colorables, ils sont, en certains points, infiltrés de leucocytes mononucléés. Par places, à la surface externe de cette coque conjonctivo-osseuse, apparaît du tissu ovarien *maternel*, riche en cellules conjonctives onduleuses de la bouche corticale, entourant quelques corps jaunes en voie d'organisation.

Ces constatations nous ont amené à faire un examen macroscopique plus attentif de la pièce : en suivant le segment de trompe on s'aperçoit que cet organe et son pavillon sont libres, les franges de ce pavillon sont encore assez nettes. Cette constatation oblige à conclure qu'il s'agit *non pas d'une grossesse tubaire, mais d'une grossesse ovarienne.*

## OBSERVATION II

(Cas rapporté par M. LEIBOVICI dans *Bulletin et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, du 6 mai 1933.)

Il s'agit d'une femme de 38 ans; à la suite d'un retard de règles de six semaines environ, en mars 1925, douleurs vives dans le bas-ventre et hémorragies avec caillots. Après douze jours de repos au lit les pertes s'arrêtent, mais les douleurs persistent pendant quatre mois sous forme de crise dans le côté droit du ventre avec vomissements et fièvre.

Bon état de santé pendant trois ans et demi, sauf

quelques douleurs dans la fosse iliaque droite au moment des règles.

En novembre 1928 les règles présentent un retard de quelques jours, douleur brusque et atroce dans tout le ventre, vomissements répétés, puis tout se calme, mais huit jours plus tard nouvelle poussée douloureuse avec fièvre.

Cette seconde crise se calme également et la malade ne conserve que des troubles digestifs intermittents, nausées, coliques, ballonnement.

Le 19 mai 1929 nouvelle crise douloureuse avec vomissements répétés que le repos au lit et la glace ne parviennent pas à calmer et qui obligent la malade à entrer à l'hôpital le 3 juin.

La température oscille entre 38 et 39°5.

A l'examen on constate un gros utérus fibromateux bloqué dans le bassin. Les culs-de-sac sont empâtés et douloureux.

On porte alors le diagnostic de fibrome compliqué de salpingite.

On prescrit repos au lit et glace.

A la fin juin la malade est apyrétique et présente un ventre souple, l'utérus reste gros avec des masses latérales fixes et douloureuses; celle du côté droit s'étend du Douglas à la fosse iliaque et se mobilise un peu en bloc avec l'utérus.

*Intervention le 16 juillet 1929.*

Le bassin est bloqué par des masses dures et fixes qui font penser à un cancer de l'ovaire généralisé ;

cependant on découvre un utérus petit, dévié à droite, et la masse annexielle gauche paraît extirpable.

C'est une tumeur du volume de deux poings.

La libération de l'utérus est très pénible à cause des adhérences intimes.

On reconnaît alors que la masse annexielle droite descend dans ce Douglas et adhère avec la paroi au niveau de la fosse iliaque, d'autre part elle est fusionnée avec le cœcum, la terminaison du grêle et de l'épiploon.

On isole l'annexe d'avec l'intestin et la trompe se présente alors grosse, charnue, rouge, indurée. On procède facilement ensuite à l'hystérectomie subtotale.

Reste alors dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume du poing fusionnée avec le cœcum et le grêle, adhérente à la paroi.

En la palpant on sent à l'intérieur des noyaux durs comme de la pierre qui craquent sous les doigts.

On suppose alors qu'il s'agit d'une tuberculose iléo-cœcale et l'on décide de réséquer le segment intestinal malade.

Puis on extirpe cette tumeur.

#### *Examen de la pièce.*

La tumeur iléo-cœcale est formée par un sac fibreux très épais calcifié par place, le contenu est un magma caséux dans lequel on trouve des os minuscules mais très reconnaissables, côtes, omoplate, os longs des membres, os plats.

C'est un lithopœdion et il semble même que celui-ci soit en voie de suppuration.

L'intestin grêle se perd dans la tumeur, le cœcum et l'appendice sont méconnaissables.

Il est impossible de séparer l'intestin du sac fibreux.

En ouvrant l'intestin de bout en bout on constate que la muqueuse est saine, sans aspect inflammatoire, sans ulcération.

Un examen histologique de la pièce a été pratiqué et n'a rien révélé de particulier.

La malade, après une convalescence compliquée d'une congestion pulmonaire, a quitté l'hôpital au mois d'août.

### OBSERVATION III

(Cas rapporté par LACOUTURE dans *Bulletin Société d'Obstétrique Gynécologique* de janvier 1937.)

La malade dont nous présentons l'observation est une femme âgée de 53 ans qui consulte pour des pertes de sang survenues après la ménopause.

L'histoire est la suivante :

Il y a environ vingt-quatre ans la malade a présenté une première grossesse avec accouchement normal.

Un an après elle fait une nouvelle grossesse qui paraît s'être interrompue au septième mois sans déterminer aucun trouble.

Les règles réapparurent ensuite normalement et la

malade oublia complètement cette grossesse inachevée, qui ne la gênait en rien.

En 1930 elle eut à l'occasion de ses règles un épisode de pelvipéritonite avec douleurs, fièvre, vomissements, mais tout rentra dans l'ordre.

Elle remarqua simplement que depuis cette date ses règles étaient plus abondantes et duraient plus longtemps, mais la ménopause survint il y a trois ans et demi sans incidents.

Il y a deux mois des pertes de sang apparaissent qui amènent cette malade à consulter.

A l'examen le ventre est augmenté de volume, il y a un peu d'ascite.

Au toucher on sent une masse abdominale qui semble faire corps avec l'utérus, dont le col est par ailleurs normal.

En arrière de l'utérus on trouve tombant dans le Douglas une deuxième tumeur du volume de deux poings d'une dureté ligneuse, mais présentant des aspérités également dures.

L'extrême dureté de cette masse, l'histoire déjà ancienne d'une grossesse interrompue font penser à un lithopœdion et c'est avec ce diagnostic que l'on intervient.

#### *Intervention.*

Dès l'ouverture de l'abdomen il s'écoule environ deux litres d'une ascite non sanglante et l'on tombe tout de suite sur une grosse tumeur remplissant tout le petit bassin et ayant toutes les apparences d'une tumeur végétante de l'ovaire.

Cette tumeur enlevée, et non sans peine, on découvre l'utérus, petit, enfoui au milieu d'adhérences serrées avec la vessie et au fond du Douglas, des fragments osseux entourés d'une bouillie jaunâtre. On arrive ainsi à extirper un à un des éléments de squellette. Certains os sont implantés dans la paroi vésicale et rectale sans que ces dernières soient perforées.

On termine par une hystérectomie subtotale suivie d'un drainage vaginal à travers le col et d'une péritonisation colovésicale.

Un examen histologique fut pratiqué.

Il montra pour la tumeur de l'ovaire une image typique de cystoépithéliome avec monstruosité cellulaires.

Pour l'utérus : myome fibroïde bénin.

Enfin pour la substance jaunâtre qui entourait les os, une substance granuleuse amorphe en état de déchéance complète ayant perdu tout caractère histologique.

#### OBSERVATION IV

(Cas rapporté par AVRAY dans *Société Gynécologique et Obstétrique de Paris* en 1924.)

Nous présentons ici une femme âgée de 65 ans observée en avril 1923, pour douleurs vives abdominales remontant à huit mois environ. Il y a trente ans elle fit une grossesse qui évolua normalement, cependant assez douloureuse. Au bout du 9<sup>e</sup> mois elle

éprouva les douleurs de l'accouchement et perdit un peu de sang, elle crut qu'elle allait accoucher, mais il ne vint rien et les douleurs disparurent complètement.

Au bout de six semaines elle consulta un médecin qui diagnostiqua une grossesse extra-utérine arrêtée dans son évolution, lui déclara qu'elle portait un fœtus mort et déclara qu'il fallait opérer. Après un nouvel examen l'intervention fut différée et n'eut pas lieu. Depuis cette époque il n'y eut plus de douleurs et les règles réapparurent sept mois plus tard.

Jamais, jusqu'au mois de septembre 1922, c'est-à-dire pendant trente ans, la malade ne ressentit de troubles quelconques, ni douleurs abdominales, ni pesanteur.

Notons le fait que pendant deux ans, vers l'âge de 40 ans, la malade resta sans avoir de règles, mais cette suppression de règles ne s'accompagna d'aucun autre trouble.

La ménopause eut lieu normalement vers 50 ans.

En septembre 1922 la malade commença à souffrir du ventre, les crises allèrent en augmentant après un effort quelconque.

Fortes douleurs dans la fosse iliaque droite avec nausées, céphalée, vertiges, mais pas de vomissements.

Cela dura jusqu'au mois de janvier, date à laquelle elle consulta.

On diagnostiqua un lithopœdion. La malade ne voulut pas être opérée. Mais en février et mars les

douleurs devinrent plus violentes et la malade commença de souffrir du côté gauche. Crises très pénibles ayant pour siège le flanc gauche et irradiant vers la région lombaire. La malade souffrait aussi du côté du rectum et présentait une constipation opiniâtre.

La tumeur formée par le lithopœdion était également devenue douloureuse.

Elle présentait en outre un très mauvais état général, un amaigrissement marqué.

Nouvelle consultation en avril. La malade entre à l'hôpital et l'on décide d'intervenir.

#### *Examen.*

Tumeur de volume de la tête d'un enfant, de consistance pierreuse, masse dure bombant dans le cul-de-sac latéral droit du vagin en plongeant en bas et en arrière vers le rectum.

Dans les jours qui précédèrent l'opération la malade présenta une élévation thermique, ce qui avait fait admettre l'hypothèse de phénomènes d'infection développés autour de ce vieux lithopœdion.

#### *Intervention.*

Fut pratiquée le 28 avril 1923.

Autour du lithopœdion s'était développée une tumeur d'allure cancéreuse. La plaie pariétale fut cicatrisée sans fistule, la température s'est abaissée et les souffrances se sont atténuées au début.

Puis l'état général est allé en s'affaiblissant, une diarrhée rebelle est apparue et il a fallu, contre les

douleurs qui avaient repris, prescrire des doses élevées de morphine, jusqu'au jour où la malade succomba (17 juin).

*Description.*

Le lithopœdion avait l'aspect d'un œuf avec, à sa surface, des débris de la tumeur maligne qui s'était développée autour de lui et de type difficile à déterminer. Consistance dure comme de la pierre. Coque externe calcifiée, véritable coquille.

A l'intérieur, débris très nets et faciles à reconnaître du fœtus. Le fœtus lui-même n'est pas calcifié et ne se présente pas comme un bloc pétrifié. Certains organes ont conservé leur apparence absolument normale.

Seuls les membres ne sont pas reconnaissables.



## CHAPITRE III

### DISCUSSION

Nous voici donc en présence de quatre observations, toutes très intéressantes pour les différents cas qu'elles nous rapportent. Aussi allons-nous, dans cette troisième partie, étudier tous les problèmes qui se posent à leur sujet, et tout l'intérêt de la question va résider dans les conclusions qu'elles vont nous permettre d'en tirer.

Nous avons choisi ces observations pour mieux illustrer notre travail.

En effet, si dans les deux dernières observations on est intervenu avec le diagnostic de lithopœdion posé, il n'en a pas été de même dans les deux premières. Et c'est là le cas de beaucoup le plus fréquent.

A) Nous soulevons ici le problème du DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du lithopœdion n'est généralement fait qu'après intervention et rares sont les cas où celui-ci est primitivement fait. C'est le plus souvent une surprise d'intervention que l'examen anatomo-pathologique vient confirmer.

Dans la plupart des cas il s'avère impossible et ce pour diverses raisons.

La femme vient le plus souvent consulter tardivement, et dans ce cas, après un examen qui nous permet de déceler une tumeur, on diagnostiquera : tumeur parautérine que l'on appellera, selon les cas :

- Kyste;
- Tumeur solide de l'ovaire;
- Fibrome calcifié, etc., etc...

Le diagnostic devient par contre très aisé lorsque la femme vient consulter très tôt ou lorsque celle-ci a été suivie, lorsque l'on connaît son histoire.

En effet, la mort du fœtus sans cause apparente avec ou sans faux travail et la prolongation anormale de la rétention du fœtus mort doivent faire penser à la gestation ectopique avec rétention.

C'est alors que nous apprenons par l'interrogatoire que les phénomènes de la gestation ont subi une régression, l'abdomen diminue de volume, les varices s'affaissent, etc... De même les troubles sympathiques s'atténuent, les nausées, vomissements, etc., etc..., disparaissent.

D'autre part, deux mois environ après la mort du fœtus on voit les règles se rétablir normalement, de telle sorte que la malade ne semble pas du tout souffrir de sa rétention.

Et tout ceci nous amène à dire que les formes cliniques de la situation du fœtus mort sont très variées.

En effet, si la femme vient consulter aussitôt après la mort du fœtus on se trouve en présence d'un cas de rétention fœtale facile à diagnostiquer.

D'autres fois, au contraire, si elle vient consulter plus tard, après l'apparition des règles, le diagnostic est délicat, mais il peut être quand même fait.

Par contre, celui-ci devient à peu près impossible s'il s'agit d'une rétention ancienne de fœtus ectopique coïncidant avec une gestation normale en évolution.

Car on a vu des femmes avoir jusqu'à trois et quatre enfants vivants tout en conservant un lithopœdion dans l'abdomen.

On voit donc toute l'importance que prend l'interrogatoire dans ces conditions. Il faut fouiller le passé obstétrical de la malade et savoir attacher toute l'importance à une cessation des règles s'accompagnant des modifications physiologiques de la grossesse, pour réapparaître après une période plus ou moins longue à la suite d'un faux travail.

Un autre élément, qui peut, dans certains cas, nous rendre de grands services, est la radiographie.

En effet, lorsque le fœtus est mort depuis un certain temps et retenu, l'état de putréfaction le rend visible aux rayons.

Donc seule l'étude approfondie de l'anamnèse et l'examen radiographique en montrant un squelette fœtal peuvent apporter une solution dans certains cas obscurs. Mais la question devient autrement plus épineuse quand les complications surviennent, car le tableau clinique devient beaucoup plus polymorphe et simule alors de nombreuses affections.

On pourra facilement porter le diagnostic de :

— Occlusion intestinale,

— Péritonite généralisée rapidement mortelle,

— Abscess qui se fistulise en des points extrêmement variables, etc., etc.

D'autre part, dans les cas très anciens, la rétention ayant été tolérée pendant de très nombreuses années, le diagnostic avant l'intervention est extrêmement difficile sinon impossible.

De tout cela nous retiendrons que généralement et à cause des circonstances que nous avons envisagées, le diagnostic du lithopœdion s'avère assez délicat, difficile et voire même impossible.

Pour preuves nous voulons simplement le fait que dans notre première observation on est intervenu pour fibrome, dans la seconde, l'aspect clinique des lésions a fait penser à un fibrome compliqué de salpingite suppurée. De plus cette observation prend à nos yeux un intérêt encore plus grand car elle nous apprend que même au cours de l'opération l'aspect des lésions peut encore nous induire en erreur. C'est ainsi que successivement on avait pensé un moment que l'on se trouvait en présence d'un cancer ovarien diffusé puis à une tuberculose annexielle avec tuberculose iléocœcale.

Erreurs bien excusables et qui viennent souligner la difficulté du diagnostic.

Nous allons maintenant envisager une question d'importance capitale et qui vient normalement se placer ici. Nous voulons parler de la TOLÉRANCE DE L'ORGANISME A L'ÉGARD DES LITHOPŒDIIONS.

En effet, nous avons vu d'après nos observations

que la durée de rétention fœtale est très variable et s'échelonne entre quatre ans et trente ans. SAPPEY a même rapporté un cas de rétention datant de cinquante-six ans, laquelle n'avait déterminé chez la malade aucun trouble, aucun accident. (Ce cas fut rapporté à l'Académie des Sciences.)

Il existe certes des cas, où la malade tolère parfaitement son lithopœdion qui continue d'évoluer sans occasionner le moindre trouble et cela pendant de très nombreuses années.

Sans doute une bien longue tolérance peut paraître surprenante, mais est-ce à dire que celle-ci peut durer indéfiniment sans provoquer des accidents dangereux pour notre malade ? Et faut-il pour cela conclure à la bénignité indéfinie du lithopœdion ?

Ceci nous conduit à examiner le problème sous ses deux aspects.

a) Le cas de rétention s'accompagnant de troubles.

b) Le cas de rétention évoluant sans troubles.

Examinons le premier de ces deux cas. Et ceci va nous permettre d'envisager le chapitre des complications.

Au cours d'une rétention récente comme ancienne peuvent survenir des accidents qui commandent l'intervention. Quelle est la nature de ces complications ? Avant tout ce sont des accidents infectieux qui éclatant soudainement avec violence peuvent être rapidement mortels.

La rétention jusque-là aseptique s'est infectée.

Le plus souvent le kyste fœtal en contact avec

l'intestin favorise par la compression qu'il exerce sur celui-ci la constipation. Il se produit une colibacillémie. Le coli peut infecter la poche, secondairement le fœtus peut se putréfier, et par les adhérences inflammatoires périkytiques, il peut alors se produire une péritonite localisée.

Le pus collecté va s'éliminer et l'ouverture se fait le plus souvent à la peau, au niveau de la paroi abdominale ou bien dans une cavité naturelle, généralement l'intestin, le vagin, l'utérus, la vessie. Et la guérison par élimination du fœtus sous forme de fragments osseux, pus, débris sphacelés, etc., par cette fistule pourra alors s'ensuivre.

D'autre part, en dehors des complications infectieuses, la rétention en elle-même peut être considérée comme une véritable complication, car même s'il n'y a pas d'accident elle gêne par son volume et son poids et provoque ainsi des complications d'ordre mécanique, telles que compression sur la vessie, l'intestin, l'uretère, la fosse iliaque.

Le kyste fœtal peut encore être l'occasion d'autres complications. En effet l'une de nos observations nous apprend qu'un lithopœdion est resté inclus dans l'abdomen pendant trente ans sans provoquer aucun trouble fonctionnel, aucun phénomène infectieux, mais autour duquel s'est développée très tardivement une tumeur maligne dont le type a été difficile à déterminer et à laquelle cette malade a rapidement succombé. Examinons maintenant le deuxième cas, c'est-à-dire le cas de rétention évoluant sans troubles.

Il est vrai que les lithopædions sont généralement bien tolérés par l'organisme pendant de nombreuses années. Pour juger même du degré de cette tolérance il faudrait se reporter aux publications anciennes qui en font toutes état et qui toujours a surpris leurs auteurs ; sans parler du cas de SAPPEY déjà cité.

Mais peut-on conclure qu'il en sera toujours ainsi et que la malade se trouve à l'abri d'une complication. Evidemment non, une longue tolérance ne doit nullement faire admettre sa bénignité indéfinie. Car des complications infectieuses sont toujours à craindre au cours d'une rétention récente comme ancienne. Ces complications peuvent survenir brutalement sans que rien ne les ait fait prévoir et menacer rapidement la vie de la malade.

Nous voyons donc combien peut paraître arbitraire la division des cas de rétention, en cas s'accompagnant de troubles et en cas évoluant sans trouble. En réalité cette division ne peut être retenue car toujours une complication peut survenir quelle que soit la durée de cette rétention. De telle sorte que la question du lithopædion est une et se réduit à celle de la tolérance plus ou moins longue jusqu'à ce qu'une complication éclate. Et ainsi nous jugeons mieux de la relativité de sa bénignité indéfinie qu'il faut bien se garder de conclure, même lorsqu'il est très longtemps toléré sans occasionner un trouble quelconque.

C) Il nous reste maintenant à envisager la dernière question qui nous intéresse dans ce travail, nous voulons parler du TRAITEMENT, de la CONDUITE A TENIR en présence d'un cas de lithopædion.

Et tout d'abord JUSQU'A QUEL POINT EST-IL INDIQUÉ D'ENLEVER LES LITHOPÆDIONS ?

Par le fait qu'ils sont généralement bien tolérés et que leur ablation est habituellement laborieuse et expose à certains risques, cette question est posée à un point de vue général.

Lorsque l'indication opératoire est formelle à la suite d'une complication par exemple, le fait a été vu dans une de nos observations, la question se trouve d'elle-même résolue et l'on intervient.

Mais où le problème devient intéressant c'est lorsque l'on envisage le cas du lithopædion diagnostiqué et ne déterminant aucun trouble. Nous posons alors la question, faut-il devoir enlever un lithopædion ne déterminant aucun trouble ?

Voici un rapport publié en 1913 par E. ROBINEAU et qui répond à notre question précisément.

E. ROBINEAU intervenant pour des accidents de lithiase biliaire chez une femme âgée de soixante-trois ans, constata dans la fosse iliaque gauche de celle-ci une grosse tumeur fixe qui donnait au palper la sensation d'un sac de noix.

La malade savait parfaitement ce qu'elle avait. Trente-cinq ans auparavant elle avait fait une grossesse extra-utérine. A huit mois le fœtus était mort, puis la tumeur avait diminué de volume.

Aucun trouble particulier ne s'était manifesté pendant ces trente-cinq années. L'auteur pensa qu'il n'en serait pas toujours ainsi et puisqu'il fallait intervenir pour enlever la vésicule, il décida de tenter l'abla-

tion du lithopœdion et la malade guérit sans incident. E. ROBINEAU a donc été catégorique dans son intervention et n'a nullement retenu le fait d'une si longue tolérance sans aucun trouble pour laisser continuer de vivre la malade avec un lithopœdion. Car, a-t-il judicieusement fait remarquer, que cela ne la mettait pas à l'abri d'une complication possible.

De même, nous avons vu dans une de nos observations, le kyste fœtal calcifié rester inclus dans l'abdomen pendant trente ans sans provoquer aucun trouble fonctionnel, aucun phénomène infectieux, mais autour duquel s'est développée très tardivement une tumeur maligne et à laquelle la malade a rapidement succombé.

Il résulte donc de tout cela que l'hésitation, en présence d'un cas de lithopœdion n'est pas permise et que l'intervention paraît au contraire tout indiquée.

De l'avis de tous les auteurs il faut en effet tenter l'ablation du lithopœdion dès que celui-ci a été diagnostiqué et reconnu, même s'il est bien toléré et n'occasionne aucun trouble chez la malade ; car les conséquences sont imprévisibles et tôt ou tard peuvent survenir des complications qu'il est préférable de ne pas attendre et qui feraient courir à la malade un risque encore plus grand et peut-être même sera-t-il trop tard.

Dès lors, en aucun cas, ne rester dans une expectative prudente qui pourrait sembler être une solution sage mais qui ne l'est en réalité pas, car on ne fait que reculer l'intervention qui se pratiquera alors

avec des chances de succès considérablement diminuées.

Les meilleures conditions sont réalisées dans une intervention précoce.

D'une manière générale il devient hors de doute, que les kystes fœtaux, reliquat de grossesse extra-utérine menée jusqu'au terme, doivent être opérés d'une façon précoce ; à une époque rapprochée de la période du faux travail qui a marqué l'arrêt de la grossesse.

## CONCLUSIONS

Nous voici au terme de notre travail, et pour nous resumer nous retiendrons donc les conclusions suivantes :

I. — Le lithopœdion est une rareté et tend à devenir une exception, car, actuellement les grossesses extra-utérines sont opérées dès qu'on les a diagnostiquées et il est donc exceptionnel qu'une telle grossesse évolue spontanément et atteigne le stade de la mort du fœtus et de l'enkystement.

II. — Le lithopœdion est généralement d'un diagnostic difficile et celui-ci n'est fait le plus souvent qu'après intervention chirurgicale.

III. — Le lithopœdion est habituellement bien toléré par l'organisme pendant de nombreuses années sans occasionner aucun trouble.

IV. — Sa longue tolérance ne doit cependant nullement nous faire croire en sa bénignité indéfinie.

V. ✚ Malgré sa parfaite tolérance le lithopœdion peut être l'objet tôt ou tard de complications surve-

nant brutalement et qui mettent en jeu la vie de la malade.

VI. — En présence d'un lithopœdion il est parfaitement indiqué de tenter son ablation et non de rester dans une expectative prudente où une longue tolérance pourrait inciter à nous y maintenir.

VII. — Les meilleures conditions sont évidemment réunies dans une intervention précoce, à une époque plus ou moins rapprochée de la période du faux travail qui a marqué la fin de la grossesse.

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| <i>Vu :</i> | <i>Vu :</i>                |
| LE DOYEN :  | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE : |
| TIFFENEAU.  | MOCQUOT.                   |

*Vu et permis d'imprimer :*  
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- DIMET (C). — Lithopœdion d'un fœtus à terme toléré pendant trente ans. (*Lyon Médical* 1923.)
- VAUTRIN. — Un cas de lithopœdion. (*Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1920).
- MICHEL (A) et COTTALORD. — Lithopœdion toléré pendant 10 ans. (*Marseille Médical*, 1922).
- GUILLAUME (LOUIS ). — Un cas de lithopœdion. (*Bulletin et Mém. Société Nat. chir. de Paris* 1925).
- LEIBOVICI (R). — Grossesse extra-utérine avec lithopœdion à droite et hématome intra-ligamenteuse à gauche. Hystérectomie, résection iléocœcale. Guérison (*Bull. et mém. Soc. Nat. de Chir.* mai 1933).
- VILLARÉAL (J). — Un caso de lithopœdion (*Gac. Méd. de Mexico* Juin 1931).
- LO GUEN LYE. — Lithopédion in centenarion. (*The Lancet* 30 mai 1936).
- LACOUTURE-DARMAILLACQ. — Sur une cas de grossesse abdominale tolérée pendant 22 ans ; ablation au cours d'une laparotomie pour tumeur de l'ovaire. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.* janvier 1937).
- NIXON (W. C. W). — Lithopœdion. (*J. Obst. et Gyn Brit. emp.* Décembre 1936).
- RIBEIRO. (G. H.). Un cajo raro de lithopœdio retido ; 25 annos na capacidade abdominal. (*Bahia Méd.* Juin 1937).
- RICKLIN. .. Autres cas de lithopœdion chez l'indigène.

VALEKE (J)-WAUJON (M). — Un cas de lithopœdion chez l'indigène. (*Ann. Soc. Belge de Méd. Trop.* mars 1937).

VARCHAPSKI (F. A.)-ELENEVSKAJA (E. K.). — Un cas rare de grossesse extrantine bilatérale, lithopœdion tutaire et grossesse secondaire abdominale (*Gyn. et Obst.* février 1935).

OSHEROFF (S. A.). — Lithopœdion (*Ann. J. Obst. et Gyn.* décembre 1936).

MOZZETTI-MONTERUMICI. — Considerazioni sul litopédio. (*Gior. Veneto di Méd.* April 1935).

LETOUT. — Description d'un lithopœdion. (*Gazette Médicale de Nantes*, 1912, septembre).

AVRAY. — Cancer développé autour l'un lithopœdion datant de trente ans. (*Société Gynécologique et Obstétrique de Paris*. 1924).



